

## **GE\_GERICHTE A/55/2011 vom 4. Juli 2011**

GE Cour de justice, 2011-07-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_55\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_55_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/55/2011 du 4 juillet 2011

IT: GE\_GERICHTE A/55/2011 del 4 luglio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause HOIRIE DE FEU M. W \_\_\_\_\_, soit Madame WA \_\_\_\_\_, domiciliée à Plan-les-Ouates, Madame WB \_\_\_\_\_, domiciliée à Plan-les-Ouates, Monsieur W \_\_\_\_\_, domicilié à Peillonex, FRANCE, Tous représentés par ASSUAS Association suisse des assurés recourants contre SANITAS, Rechtsdienst, Departement Leistungen, sise Postfach 201, 8021 Zürich intimée EN FAIT Monsieur W \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1932, était assuré auprès de SANITAS pour l'assurance obligatoire des soins et en assurances complémentaires depuis de nombreuses années. Gravement atteint dans sa santé, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de Carouge pour une insuffisance cardio-respiratoire décompensée, du 10 novembre au 10 décembre 2008, puis dans l'unité de service de réhabilitation de Beau-Séjour, du 10 décembre 2008 au 22 janvier 2009. Du 23 janvier au 7 février 2009, l'assuré a été admis au service des soins continus de l'Hôpital de Loëx, puis en urgence aux soins intensifs des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 8 au 18 février 2009, avant d'être à nouveau admis à l'Hôpital de Loëx en service des soins continus dès le 19 février 2009. Par courrier du 9 avril 2009, SANITAS (ci-après: l'assurance) a informé le Dr A \_\_\_\_\_, Chef de clinique du Département de réhabilitation et gériatrie, service des soins continus de l'Hôpital de Loëx, qu'elle prendrait en charge le séjour de réhabilitation de l'assuré jusqu'au 13 avril 2009, considérant qu'un séjour de réhabilitation au-delà de cette date n'était plus nécessaire. Sa participation se limitait à hauteur du forfait cas « C » alloué aux résidents en EMS du canton de domicile. SANITAS a émis une garantie de paiement pour la période considérée. Le 28 avril 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical complémentaire au médecin-conseil de SANITAS et sollicité la réévaluation de la garantie de prise en charge. Il a souligné le contexte de fragilité du patient nécessitant un suivi rapproché et énuméré l'ensemble des traitements et soins prodigués. Par courrier recommandé du 12 juin 2009, l'assuré a requis de SANITAS une décision formelle quant à son refus de prise en charge du séjour hospitalier de réhabilitation au-delà du 13 avril 2009. Par décision du 1er juillet 2009, SANITAS a limité la prise en charge de l'assuré au tarif de 70 fr. par jour à partir du 13 avril 2009. L'assuré a formé opposition le 28 août 2009. Il a annexé une nouvelle attestation du Dr A \_\_\_\_\_ relevant les multiples co-morbidités justifiant une prise en soins globale dans un contexte d'insuffisance cardio-respiratoire décompensée. Par ailleurs, il a décrit l'évolution depuis février 2009, indiquant la survenance, notamment, d'un œdème aigu du poumon le 4 mai 2009, une broncho-pneumonie le 24 mai, un sub-œdème aigu pulmonaire le 4 juin 2009. Un retour à domicile était exclu. Dès que le patient serait stable, il pouvait être transféré en EMS. Par courrier du 9 octobre 2009, ASSUAS a informé SANITAS du décès de l'assuré, survenu le 28 septembre 2009. Par arrêt du 25 août 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours pour déni de justice formé par l'hoirie de l'assuré. Dans sa prise de

position du 15 novembre 2010, le médecin-conseil indique qu'après l'appréciation effectuée le 9 avril 2009, de nouvelles complications sont apparues, soit notamment le 20 avril 2009 une infection urinaire, le 4 mai un œdème pulmonaire, dès le mois de mai une "Ileussymptomatik", le 24 mai une bronchopneumonie, le 26 mai une orchite gauche, le 4 juin un œdème sub-pulmonaire et le 4 juin 2009 également une nouvelle chute avec une blessure à la tête. L'œdème pulmonaire et éventuellement la bronchopneumonie auraient pu nécessiter une hospitalisation, d'au maximum 7 jours. Les précédentes appréciations limitant la prise en charge en milieu hospitalier au 13 avril 2010 paraissaient justifiées. Il convenait, toujours selon le médecin-conseil, néanmoins de relever que le patient présentait une morbidité élevée et qu'ainsi, en sus des soins prodigués dans un établissement médicaux-social, le suivi médical devait être assuré. Dans sa décision sur opposition du 29 novembre 2010, l'assurance souligne que le défunt n'a bénéficié d'aucune mesure chirurgicale ni de traitement au moyen d'appareils pendant son séjour à l'Hôpital de Loëx en vue d'améliorer nettement son état de santé afin de permettre un renvoi à domicile. Son état de santé exigeait clairement un suivi médical intensif, qui pouvait cependant être effectué à l'EMS Cela confirmait l'absence de nécessité d'hospitalisation. Par acte expédié le 10 janvier 2011 au greffe de la Cour de justice, les hoirs de l'assuré recourent contre cette décision, dont ils demandent l'annulation. Préalablement, ils sollicitent l'audition du Dr A\_\_\_\_\_. Principalement, ils concluent à la prise en charge par l'assurance de l'ensemble des frais d'hospitalisation, au tarif d'un établissement hospitalier soins continus, et au paiement des quatre factures des HUG de 36'670 fr. au total. Ils annexent une nouvelle attestation du Dr A\_\_\_\_\_, détaillant, derechef, l'ensemble des affections dont souffrait le patient et dont certaines d'entre elles auraient justifié, à elles seules, une hospitalisation. L'assurance conclut au rejet du recours et demande qu'une expertise soit ordonnée. Elle reprend essentiellement l'argumentation développée dans sa décision et rajoute qu'il n'y a pas eu de dégradation de l'état de santé de l'assuré après le 13 avril 2009. La bronchopneumonie avait été traitée, une simple infection urinaire ne justifiait pas une hospitalisation. La malnutrition "protéino-énergétique" n'était pas la cause d'une dégradation de l'état de santé du de cujus. Enfin, les déclarations du Dr A\_\_\_\_\_ étaient partiales, l'hôpital ayant un intérêt direct à l'issue du litige. Il était "donc nécessaire qu'un expert libre et impartial, un médecin avec des connaissances spécialisées, puisse donner son avis sur la question de la nécessité d'hospitalisation du recourant". Les hoirs répondent que le défunt était atteint par des troubles multiples. La complexité de son cas nécessitait une hospitalisation. Les prestations que peut fournir un EMS ne comprennent pas le suivi dont l'assuré avait besoin. Celui-ci avait reçu de l'oxygène par sonde O2 plus aérosols, des perfusions jour et nuit plus un appareil compte gouttes, avait été muni d'un appareillage d'aspiration gastrique, une sonde urinaire etc. Il n'était pas resté en milieu hospitalier par manque de places dans un EMS, mais par nécessité médicale. Selon l'attestation du Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne ayant suivi le patient avant son hospitalisation, celui-ci souffrait d'affections multiples (cardiopathie mixte, insuffisance cardiaque modérée, broncho-pneumonie chronique obstructive sévère, insuffisance rénale sur nécrographie diabétique et hypertensive, troubles cognitifs modérés, carcinome pulmonaire, notamment). Une décompensation tant cardiaque que pulmonaire ou diabétique pouvait survenir à tout moment. L'hospitalisation avait été rendue nécessaire par la gravité du diagnostic, potentiellement mortel. Les soins dont le patient avait eu besoin n'auraient pas pu être dispensés à domicile ou en EMS. Un délai au 7 juin 2011 a été imparti à l'assurance pour se déterminer sur la réplique des hoirs, étant précisé que, passé ce délai,

la cause était gardée à juger. L'assurance n'a pas fait usage de cette possibilité, de sorte que la cause a été gardée à juger le 7 juin 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours est recevable pour avoir été interjeté dans les forme et délai prescrits (art. 38, al. 4 let. c, 60 et 61 let. b LPGA). 2. Le litige porte sur le tarif auquel la caisse doit prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'assuré durant la période du 13 avril au 28 septembre 2009. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part, si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et, d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès. L'obligation de fournir des prestations peut aussi se justifier quand l'état maladif de la personne ne nécessite pas forcément un séjour à l'hôpital mais que, néanmoins, le traitement ne peut être prodigué qu'en milieu hospitalier pour des raisons particulières, notamment lorsqu'un assuré âgé ou vivant seul est dans l'impossibilité de recevoir à domicile la surveillance et les soins requis par son état (ATF 126 V 326 consid. 2b; 120 V 206 consid. 6a). b) L'art. 49 al. 4 LAMal prévoit que la rémunération en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable selon les al. 1 et 2 à l'hôpital (servant au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 al. 1 LAMal) tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal est applicable. Aux termes de cette dernière disposition légale, l'assureur prend en charge, en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal), les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile; il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire (ATF 127 V 47 consid. 2c; 125 V 177). Pour satisfaire aux impératifs du caractère économique et à la réglementation légale, les assureurs-maladie doivent exercer un contrôle suivi d'un traitement hospitalier, avec l'aide de leur médecin-conseil. L'efficacité de ce contrôle postule qu'il puisse s'exercer préalablement au traitement ou en cours d'hospitalisation, le médecin traitant pouvant être amené, à la suite d'une intervention justifiée du médecin-conseil, à prescrire une mesure moins coûteuse que le maintien du patient en milieu hospitalier. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le médecin-conseil n'est pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement. Si, contre l'avis du médecin-conseil, le médecin traitant estime qu'un séjour en milieu hospitalier est nécessaire, l'assuré conserve la possibilité de faire valoir vis-à-vis de l'assureur ses prétentions en remboursement des frais encourus. L'avis du médecin-conseil ne préjuge pas définitivement des droits que l'assuré pourrait faire valoir à un tel remboursement (ATF 127 V 47 ss. consid. 2e). Lorsque la nécessité d'hospitalisation n'existe plus, le droit à des

prestations hospitalières stationnaires s'éteint immédiatement, sous réserve d'une période de transition allant jusqu'à un mois (ATF 124 V 362 ). c) Le juge des assurances sociales établit d'office les faits et ordonne une expertise lorsque les faits médicaux nécessitent d'être clarifiés. Il peut toutefois, lorsque les faits ne sont pas suffisamment élucidés, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (DTA 2001 p. 169). Un renvoi à l'administration ne viole, en général, ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206; RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 3. En l'espèce, le médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, a fait état des multiples affections dont était atteint l'assuré et exposé, de manière détaillée et motivée, pourquoi ces affections ne pouvaient être traitées en milieu médico-social. Le médecin-conseil de l'intimée, dans son appréciation du 15 novembre 2010, reconnaît d'ailleurs que deux d'entre elles (l'œdème pulmonaire et la bronchopneumonie) auraient pu justifier un traitement en milieu hospitalier, pour une durée de 7 jours au maximum. Il ressort ainsi de ces documents que les frais d'hospitalisation devaient, en tout cas, être pris en charge du 4 au 11 et du 24 au 31 mai 2009. Ces pièces ne permettent cependant pas de trancher la question de savoir si ces deux durées étaient suffisantes, d'une part, et, d'autre part, si les autres affections, respectivement les co-morbidités multiples dont était atteint l'assuré, nécessitaient un traitement et des soins ou une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Ces questions relèvent du domaine de la science médicale. En l'état du dossier, les indications y figurant, en particulier les appréciations en partie divergentes entre le médecin-conseil et le médecin traitant, ne permettent pas à la Cour de déterminer si l'hospitalisation du patient - au-delà du 13 avril 2009 et en sus de celles occasionnées par les deux infections précitées (œdème pulmonaire, bronchopneumonie) - était justifiée. Il y a donc lieu de confier à un médecin indépendant le soin de se prononcer sur ces points. L'assurance reconnaît au demeurant, en concluant elle-même à la mise en œuvre d'une expertise, la nécessité d'instruire davantage le dossier. Celui-ci lui sera ainsi renvoyé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recours est donc admis en tant que l'intimée devra s'acquitter des frais d'hospitalisation courus du 4 au 11 et du 24 au 31 mai 2009; pour le surplus, la cause est renvoyée à l'intimée. 4. Les hoirs, représentés par un mandataire, ont droit à une indemnité à titre de participation à leurs frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours formé par l'HOIRIE de W \_\_\_\_\_, soit WA \_\_\_\_\_, WB \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_. Au fond : L'admet et annule la décision de SANITAS du 30 novembre 2010. Condamne SANITAS à prendre en charge les frais d'hospitalisation de feu W \_\_\_\_\_ courus du 4 au 11 et du 24 au 31 mai 2009. Renvoie le dossier à SANITAS pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne SANITAS à verser aux recourants une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente

Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.